

Krankheit/ Armut: Individualisierung sichernde Lebenslaufpolitiken: Folgen dynamischer und handlungstheoretischer Untersuchungen für moralische Ökonomien von Gesellschaften mit Sozialstaaten

Behrens, Johann

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Behrens, J. (1997). Krankheit/ Armut: Individualisierung sichernde Lebenslaufpolitiken: Folgen dynamischer und handlungstheoretischer Untersuchungen für moralische Ökonomien von Gesellschaften mit Sozialstaaten. In S. Hradil (Hrsg.), *Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften ; Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Dresden 1996* (S. 1054-1074). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-139606>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Krankheit/Armut: Individualisierung sichernde Lebenslaufpolitiken

Folgen dynamischer und handlungstheoretischer Untersuchungen
für moralische Ökonomien von Gesellschaften mit Sozialstaaten

Johann Behrens

1. Einleitung: Überbrückung, Ausgrenzung, Ablösung der Haftung

Politik der Krankenversorgung ist in allen modernen Gesellschaften ebenso wenig eine Politik nur für Kranke, wie Armutspolitik eine Politik nur für Arme ist. Vielmehr wirken die verschiedenen Maßnahmenbündel und Politiken immer mindestens ebenso sehr auch auf jene, die zur Zeit nicht krank und gerade nicht arm sind: Für die wechselseitige Unterstellbarkeit biographischer Selbstverantwortung und Handlungsfähigkeit sind die Deutungskonstrukte von Krankheit und Armut zweifellos zentral. Individuelle Verantwortung und Schuldfähigkeit für die eigene Lebensführung sind um so plausibler anzuerkennen, einzuplanen, abzuverlangen und zuzumuten, je effektiver für den Fall unverschuldeter, keineswegs immer vorübergehender Ausfälle vorgesorgt ist. Einen solchen Ausfall stellt Krankheit – unter wohldefinierten und sozial kontrollierten Bedingungen – am typischsten dar; Armut, wenn sie als besonderer Lebensumstand und nicht als Schicht oder gar Stand gedeutet wird, entspricht diesem Konstrukt in zweiter Linie (das macht die Behandlung von Armut »wie eine Krankheit« für viele Beteiligten attraktiv).

Diese Überbrückung von Ausfällen ist offenbar die Plausibilitätsbedingung zugestanderener und zugemuteter individualisierter Verantwortung. Es sind daher drei Institutionen, die – gestützt durch Verrechtlichung – Individualisierung als Anforderung konstituieren: Nicht nur die Institution der Märkte für Arbeitskraft und andere Waren und die Bildungsinstitutionen, sondern auch die sozialstaatlichen Institutionen der Überbrückung von Krankheit und Armut. Individualisierung in diesem Sinn beginnt früh, aber verallgemeinert sich

erst nach dem zweiten Weltkrieg. Erst in den fünfziger Jahren wird bewußte Berufswahl nach höchstpersönlicher Eignung und Neigung (statt Berufsübernahme) zur Anforderung an fast alle Jugendlichen, gleichgültig, ob sie vom Land oder aus der Stadt kommen, ob sie Mädchen oder Jungen sind, ob sie einen Schulabschluß haben oder nicht, ob ihre Eltern ungelernte Arbeiter sind oder nicht. Auch Fürsorge verwandelt sich erst nach dem zweiten Weltkrieg in individuelle Anrechte. Gerade an der Berufswahl, nach der Freiheit der Ehepartnerwahl eine der weitestreichenden Freisetzen, läßt sich der Zwangscharakter und die Chance der Individualisierung besonders klar erkennen. Selbst diejenigen Jugendlichen, die keine Wahl zwischen Lehrstellen haben, sondern die einzige nehmen müssen, die sie kriegen können, dürfen das nicht sagen: Sie bekommen selbst diese einzige Stelle nur, wenn sie neben Eignung auch noch Neigung zeigen. Je weniger sie tatsächlich die Wahl haben, um so mehr müssen sie ihre Bewerbung als freigewählten Ausdruck persönlicher Neigung darstellen – wie die Wahl der Kleidung, der Ernährung, des Sports, der religiösen Überzeugung. Hieran wird bekanntlich zweierlei deutlich: Individualisierung ist keineswegs ein Phänomen nur von Überflußgesellschaften, sondern eher des stummen Zwangs von Knappheitsverhältnissen (ausführlicher Behrens 1979, 1984; J. W. Meyer 1986; Beck 1986; Beck/Beck-Gernsheim 1993). Individualisierung steht nicht im Widerspruch zu Institutionalisierung, es sind vielmehr einige moderne Institutionen, die Individualisierung abfordern und unterstützen, während andere, »totale Institutionen« sich ebenfalls erst in der Moderne perfektionierten. Dieser Gedanke ist alt. Individualisierung ist bereits von Marx als doppelte Freisetzung thematisiert worden, als Freisetzung von zünftigen Zwängen und als Freisetzung von sozialen Schutzansprüchen und Bindungen. Persönliche Herrschaft wird durch die Freiheit der Einsicht in den stummen Zwang der Verhältnisse ersetzt, durch Anforderungen an die Fähigkeit zum Selbstzwang. Sozialpolitik stellt in der Geschichte der Individualisierung keineswegs ein retardierendes Element dar. Das läßt sich am Ansehensverlust der Gnade ablesen. Im Horizont von Max Webers Analyse der Rationalisierung okzidentaler Gesellschaften wie auch der Formationssoziologie von Elias ist ein durchaus entscheidender Nebeneffekt der Sozialpolitik darin zu sehen: Sie beförderte einen Modernisierungsprozeß, der persönliche Abhängigkeit – insbesondere von Gnade – zunehmend peinlich gemacht, individuelle Selbstverantwortlichkeit der Lebensführung Erwachsenen zugestanden und zugemutet hat.

Kranken- und Armenversorgung werden damit in demselben Kontext interpretierbar, der auch für andere, noch offensichtlicher auf Lebenslaufgestaltung ausgerichteten Sozialpolitiken (wie Bildungs-, Ehe- und Familien-

Rentenpolitik) fruchtbar ist. Das ist die erste These des im folgenden stark gekürzten Vortrags. Diese Politiken sind materiell und legitimatorisch auf den Flankenschutz der Autonomie-Unterstellung beziehbar. Sie können mit einem sehr erläuterungsbedürftigen Schlagwort zusammengefaßt werden, das zugegeben zunächst eher erleidens- als handlungstheoretisch wirkt und sogar nach *contradicto in adjecto* klingt: Autonomie sichernde Lebenslaufpolitiken. Auf ihren Zusammenhang ist im folgenden Absatz »Selbstverantwortlichkeit und sozialpolitische Überbrückung von Krankheit/Armut« einzugehen. »Krankheit« und »Armut« dürfen nicht gleich aus der Bahn werfen und in persönliche Abhängigkeit von Gnade führen. Sie müssen überbrückt werden.

Überbrückende Versorgung von Kranken und Armen, das ist die zweite These, ist leichter, wenn Krankheit und Armut als Schicksalsschläge angesehen werden können, an denen niemand schuld ist und die jeden treffen könnten (dies ist im dritten Abschnitt »Abgrenzung von Krankheit und Armut als Voraussetzung sozialstaatlicher Überbrückung« zu diskutieren). Denn dann sind das Gesundheits- als Krankenversorgungssystem und die Armutspolitik einfacher von anderen Systemen abgrenzbar. Innerhalb klar abgegrenzter Versorgungssysteme lassen sich leichter Allokationsregeln halten, die sich von denen anderer Teilsysteme erheblich unterscheiden – hier die Solidaritäts-Regel: Jedem nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seinen Fähigkeiten. Diese Abgrenzbarkeit wird entscheidend, gerade weil Politik der Krankenversorgung nicht nur von Kranken und Armutspolitik nicht nur von Armen beobachtet wird.

So notwendig die Abgrenzbarkeit des durch die krank-gesund-Differenz geschiedenen Versorgungssystems für die moralische Ökonomie moderner Gesellschaften, die wechselseitige Unterstellbarkeit rationalen und zurechenbaren Handelns allerdings ist, die Abgrenzbarkeit läßt sich schwer halten. Das ist die dritte These. Zwar hatte sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts ein anspruchsvolles gutachtendes Wächteramt als ärztliche Aufgabe an dieser Grenze entwickelt. Es wurde geradezu zum medizinischen Programm, Krankheit von Armut und von Unlust trennen zu können. Gerade die Fortschritte unseres Faches unterhöheln aber die Fiktion der Abgrenzbarkeit. Verlaufsuntersuchungen enttarnen unbeeinflussbare Schicksalsschläge als Spätfolgen früher eingegangener Risiken und Gefährdungen Anderer, Spätfolgen, die mit Wahrscheinlichkeit zu prognostizieren sind. Sogar in der Diagnostik chronischer Krankheiten und Behinderungen ist die Abgrenzung von Kranksein und Armut weder besonders tragfähig noch besonders fruchtbar (Abschnitt 4). Darüber hinaus hat der Ausbau des Krankenversorgungssystems die Ungleichheit vor Krankheit und Tod weniger als erwartet verringert, und abgegrenzte Ver-

sorgungssysteme setzen selber pathogene Anreizstrukturen, z.B. für die Gestaltung von Arbeitsplätzen. Handlungstheoretische Untersuchungen von Coping-Strategien stellen die Brauchbarkeit der Opferperspektive in Frage. Diese Forschungsentwicklungen treffen zwei Funktionen der Gesundheits- und Sozialpolitik ganz unterschiedlich. Nach außen, für Schutz- und Überbrückungsfunktionen der Gesundheits- und der anderen in ihrem Windschatten vorankommenden Sozialpolitiken scheint es einfacher zu sein, wenn ihre medizinischen, psychologischen und sozialpädagogischen Gutachter hinter den aktuellen Stand des Wissens eher auf erleidenstheoretische statt handlungstheoretische und fall- statt verlaufsbezogene Sichtweisen zurückfallen. Nach innen, für die Selbstheilungs- und Rehabilitationsinteressen ihrer Klienten ist es hingegen angemessener, wenn die sozialpolitischen Institutionen handlungstheoretisch und verlaufsbezogen orientiert sind.¹

2. »Sozialpolitik als Autonomie sichernde Lebenslaufpolitiken« – handlungstheoretisch faßbar?

Es ist inzwischen in der deutschen Soziologie dreißig Jahre her, in der Chicago School mehr als ein halbes Jahrhundert, da erschien die soziologische Unterstellung wählenden Handelns bei Arbeitslosen, bei chronisch Kranken und bei Armen dann doch offenbar als etwas naßforsche Zumutung Menschen gegenüber, die eigentlich keine Wahl haben und durch Agenturen, wie der Fachterminus dann lautete, »prozessiert« werden.

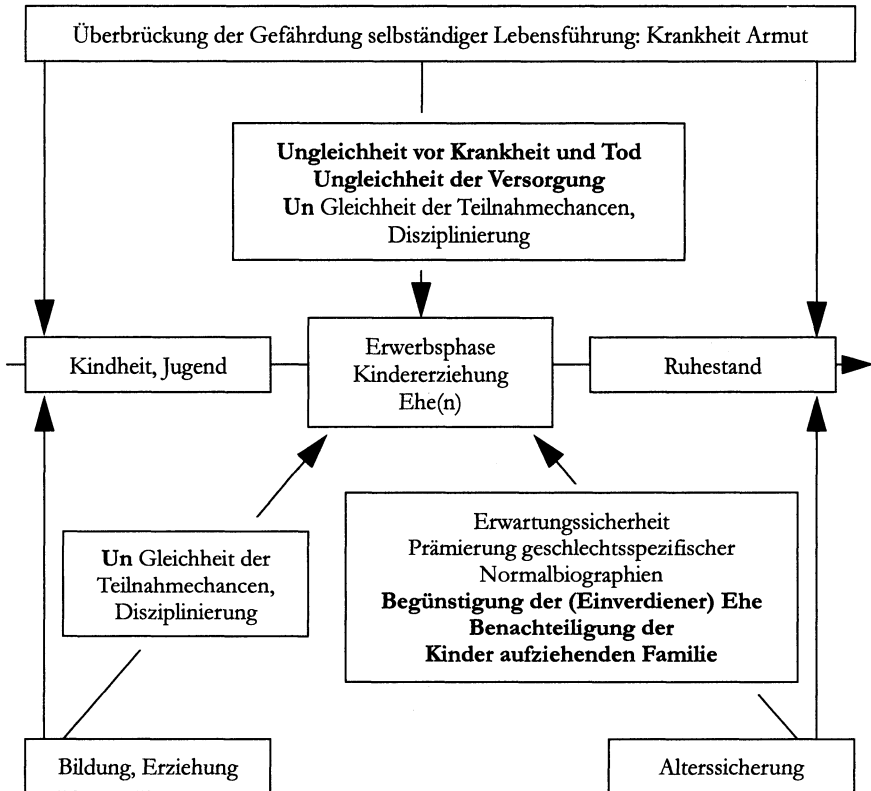
Wie Sie sich erinnern oder denken können, ging die Sache damals zu Gunsten der biographischen Handlungstheorie aus, und zwar mit guten grundlagentheoretischen Argumenten. Die verstehende Soziologie kann in der Tradition von Marx und Weber Handeln nur begreifen, wenn sie beobachtete Ereignisse auf einen zwischen Alternativen wählenden Akteur zurückführt. (Weil Handlungstheorie eine grundlagentheoretische Konstruktion ist, impliziert sie keineswegs Individualisierungs-Annahmen. »Individualisierung« beschreibt eine historisch spezifische Epoche, und von Individualisierung zu sprechen hat nur Sinn, wenn man Anfang und Ende dieser Periode feststellen kann.) Mit dieser handlungstheoretischen Lösung war das Verhältnis biographischen Handelns und sozialpolitischen Institutionen allerdings schwieriger zu bestimmen und trat bald als eine Variante des Mikro-Makro-Problems in der Soziologie auf. Erleidenstheorien haben es einfacher. Menschen werden prozessiert und müssen damit fertig werden. Das Verhältnis zwischen Indivi-

duum und Sozialstaat wird dann vor allem unter der Kategorie der Bevormundung gefaßt. Der Begriff der »Lebenslaufpolitik« scheint auf den ersten Blick einer zu sein, der dem Konzept der Bevormundung eher entspricht als einem handlungstheoretischen Ansatz.

Die Brücke zwischen Mikro- und Makrosoziologie vom handelnden Subjekt her aufzubauen, haben biographische Ansätze versucht. Theoretische Schwierigkeiten führten zu einem Schwanken zwischen sogenannten pluralistischen und extrem kulturalistischen oder sogar normativistischen Lösungen des Handlung-Struktur-Zirkels. Für normative und auch für kulturalistische Auflösungen des Handlung-Struktur-Zirkels ist die Vorstellung einer in den Motiven der Menschen selber verankerten Normalbiographie sprichwörtlich geworden. Die Normalbiographie ist eine allenthalben angestrebte Vorstellung eines optimalen Lebenslaufs, der (mikrosoziologische) individuelle Bedürfnisse als auch den (makrosoziologischen) Bedarf gesellschaftlicher Arbeitsteilung gleichzeitig befriedigt (vgl. Anderson 1985; Behrens/Rabe-Kleberg 1992: 237-247; Behrens/Voges 1996). In der Tat würde die Existenz derartiger Normen, wenn es sie gäbe, auch die Kluft zwischen handlungs- und strukturtheoretischen, mikro- und makrosoziologischen Analysen überbrücken. Denn je mehr individuelle Handlungsstrategien durch kollektive, individuell verinnerlichte Normen determiniert wären, um so weniger fielen Handlung und Struktur auseinander.

Da eine normativ gesicherte prästabilisierte Harmonie fast nur denkbar wäre, wenn nichts Neues unter der Sonne geschähe, bietet sich ein anderer Weg an, die lebenslaufpolitischen Wirkungen von Sozialpolitik handlungstheoretisch zu erfassen, nämlich über die Anreize institutionell sich verselbständigender Normalitätsunterstellungen. Normalitätsunterstellungen von Institutionen wirken als Anreize und Deutungsangebote, die ein bestimmtes Verhalten prämiieren, ohne daß die Individuen sie zu ihren Motiven gemacht haben müßten. Die Wirkung dieser Institutionen ist eine indirekte, aber sie sind deswegen noch keine »sekundären« (vgl. Beck 1986) Institutionen. Sie wirken nur darüber, wie Haushalte und insbesondere Betriebe sozialpolitische Anreize sich zu Nutze machen. Das erlaubt uns, von Lebenslaufpolitik ganz unterschiedlicher Institutionen zu sprechen, ohne das Verhältnis von sozialpolitischen Einrichtungen, Betrieben und Haushalten entweder als Bevormundung oder normativistisch zu fassen. Die folgende Abbildung, die einen Vorschlag von Lutz Leisering und Stephan Leibfried (vgl. Leibfried u.a. 1995: 26) ergänzt und ändert, zeigt Ihnen stark vereinfacht die drei zentralen Systeme des deutschen Sozialstaats, die alle auf die selbstverantwortliche Lebensführung beziehbar sind und die Einhaltung von Normalitätsunterstellungen

prämiieren (vgl. Behrens 1990: 803-827). Die Darstellung folgt dem Lebensbogen von Kindheit und Jugend über die Phase der Familienarbeit, die ich analytisch in Ehe und Kindererziehung trenne, und Erwerbsarbeit bis in den Ruhestand.



Alle sozialpolitischen Systeme sind auf den selbständig zu führenden Lebenslauf bezogen. Am trivialsten wird das in Deutschland bei Schulbildung und Alterssicherung, worauf daher nur kurz zu verweisen ist. Am wenigstens trivial ist das bei Krankheit und Armut, denen ich mich später etwas ausführlicher widmen will.

Bildung sozialisiert für selbständige Lebensführung: Sie soll familienfähig machen und über die hier produzierte Chancengleichheit die spätere Belohnung nach Leistung rechtfertigen. Damit setzt das Bildungssystem sich selbst einen Maßstab immanenter Kritik, der greift, sobald es Ungleichheit der Teilhabechancen produziert: Nicht daß Menschen unterschiedlich hohe Einkommen auf den Märkten erzielen, sondern daß Bildungseinrichtungen selber zur Chancenungleichheit beitragen, wird immanent kritisierbar. Insbesondere in Deutschland ist ein Bildungs- und Tarifsystem stark ausgeprägt, daß spätere Erwerbschancen schon sehr früh, im Alter von etwa 10 bis 12 Jahren, einschränkt. Die Verteilung der zehn- bis zwölfjährigen Schüler in unterschiedliche Einrichtungen der schulischen Sekundarstufe hat deutliche Auswirkungen auf spätere Erwerbschancen, nicht nur im öffentlichen Dienst.

Am anderen Ende des Lebensbogens sichern Altersrenten die selbständige Lebensführung auch davor, vom Wohlwollen der eigenen Kinder abhängig zu werden: Anstatt von deren persönlicher Hilfsbereitschaft abzuhängen, ist die Alterssicherung ein Anrecht, das erlaubt, die eigenen Kinder zum Kaffee einzuladen. Auch die Alterssicherung ist – wieder ein deutsches Spezifikum – als Statussicherung an ein stetiges Erwerbseinkommen oder abgeleitet die Ehe gekoppelt. Sie sichert Erwartungen über die Zeit. Ihre Anreizstruktur ist deutlich ausgeprägt. Die Rentenversicherung prämiert eine innereheliche Arbeitsteilung, die schon Anfang der achtziger Jahre (vgl. Behrens 1985: 101-117) nur eine Minderheit aller bundesdeutschen Paare als erstrebenswert ansah. Sie begünstigt die Einverdiener-Ehe und benachteiligt manifest die Kinder aufziehende Familie; sie prämiert eine erst im 19. Jahrhundert im Bürgertum aufgekommene eheliche Arbeitsteilung und ist gender doing und familienfeindlich zugleich (vgl. v. Carnap et.al. 1994; Allmendinger 1994). Diese Prämierung des normativ nicht Geteilten ist ein deutlicher Beleg dafür, daß Normalitätsunterstellungen wirken können, selbst wenn sie von niemanden für vernünftig gehalten werden und niemand sie als Normalbiographie verinnerlicht hat. Die Prämierung übt einen Anreiz zur Kinderlosigkeit aus. Eine zweite Eigentümlichkeit der Alterssicherung, auf die noch zurückzukommen wäre, ist, daß sie dasselbe gesetzliche Rentenalter für jeweils nahezu alle Männer und alle Frauen festlegt, unabhängig von ihrer beruflichen Tätigkeit. Würde Alterssicherung für alle Berufsgruppen dieselbe wahrscheinliche Dauer des wohlverdienten Ruhestands festlegen – also das Rentenalter nicht nach Abstand von der Geburt, sondern nach Abstand vom berufs- und geschlechtsspezifisch wahrscheinlichen Tod festlegen –, würde eine Professorin, Ärztin oder Syndica etwa 5-10 Jahre später als ein ungelernter Arbeiter das gesetzliche Rentenalter erreichen (vgl. Behrens 1994 b: 51ff.).

Für Bildung und Alterssicherung ist der Bezug zum Lebenslauf also trivialer als für Krankenversorgung und Armutspolitik; aber gerade auch für die letztgenannten beiden Politikbereiche ist der Lebenslaufbezug deutlich. Individuelle Verantwortung und Schuldfähigkeit für die eigene Lebensführung sind um so plausibler zuzumuten, je effektiver für den Fall unverschuldeter, zumal vorübergehender Ausfälle vorgesorgt ist, wie Krankheit ihn – unter wohldefinierten und sozial kontrollierten Bedingungen – am typischsten darstellt. Krankheit darf nicht gleich aus der Bahn werfen. Sie muß überbrückt werden. Dieser Gedanke führt in der Handlungstheorie Parsons (1978) zu einer durch Uta Gerhardt (1993: 85 ff.) pointiert herausgearbeiteten Konsequenz: »Erst dadurch, daß bei anderen stets Gesundheit als gleicher Ausgangszustand des Rollenhandelns unterstellt wird, kann die Differenzierung nach unterschiedlicher Leistung und Kompetenz zwischen Gesellschaftsmitgliedern erfolgen« (Gerhardt 1993: 86).

3. Abgrenzbarkeit von Krankheit und Armut als Voraussetzung sozialstaatlicher Überbrückung

3.1 *Wachen*

Die These der sozialstaatlichen Überbrückung von Krankheit (und analog von »Armut«) läßt zwei komplementäre Institutionen erwarten, die wir auch beide finden:

Institutionen der finanziellen Absicherung gegen Krankheitsfolgen und Institutionen, die »Krankheit«, »Pflegebedürftigkeit« und analog »Armut« definieren und die Absicherung auf diese Definition beschränken: Die erste dieser Regelungen ist die rechtliche Definition (und dadurch das ärztlichen Bescheinigungswesen) des Krankheitsfalls als Arbeitsunfähigkeit oder sogar Erwerbsunfähigkeit. Sie grenzt »Arbeitsunfähigkeit« zum einen von Unlust, Trauer, Leistungsverweigerung und anderen Formen der Absenz »ohne Krankheitswert« ab, deren Folgen nicht abgesichert werden. Die Bescheinigungsfunktion gehört zu den zentralsten und am besten monopolisierten Funktionen der ärztlichen Profession in Deutschland. Dieser ärztliche Beitrag ist weniger substituierbar als ihr Beitrag zur Genesung: Man kann ohne ärztliche Behandlung gesund werden. Aber man kann ohne ärztliche Bescheinigung nicht »krank« geschrieben sein. Um diese Definitionsfunktionen zu bedienen, fällt das gutachtende Medizinsystem immer etwas hinter die Handlungstheorie auf die Er-

leidenstheorie zurück; so wird es leichter zur Instanz, die mangelnde Schuld- und Handlungsfähigkeit bescheinigt.

Die zweite Regelung grenzt Leistungen und Verteilungsprinzipien eindeutig auf die Fälle der so zertifizierten Krankheit oder Armut ein. Um für die Unterstellung der autonomen Lebensführung Flankenschutz geben zu können, ohne sie durch Vermischung von Verteilungsnormen auszuweichen, muß die Krank- oder Armschreibung, eine der Quellen des Sozialstaats vorm Sozialstaat, sich auf einen wohl abgrenzbaren Bereich beschränken können (vgl. auch Gadamer 1993: 62 ff.). Die Überbrückungs-Funktion des durch den Code »krank/gesund« gekennzeichneten Systems hängt daran, daß es selber von anderen Geltungssphären hinreichend abgrenzbar bleibt. Daß ihm eine biographische Orientierung der Kranken als Patienten selber entspricht, ist praktisch hilfreich, aber nicht definitorisch notwendig. Die Bedingung der Abgrenzbarkeit erfüllt ein spezialisiertes Versorgungssystem mit Patienten und Behandelnden besser als ein allgemeines Präventionssystem.

Dann lassen sich nämlich im Versorgungssystem andere Allokationsregeln halten als in anderen Bereichen. Das zeigt der Vergleich von Armut und Krankheit. Ungleichheit im Bereich der Krankenversorgung und vor Krankheit und Tod ist in der Literatur wesentlich öfter skandalisiert worden als Armut i.S. von niedrigem Einkommen. Es gibt in modernen Gesellschaften überhaupt nur einen Bereich sozialer Ungleichheit, dessen Existenz gleichzeitig von fast niemandem bestritten wird und der trotzdem seit langem skandalisierbar ist: Das ist die mit dem Einkommen korrelierende Ungleichheit bei Krankheit und Tod. Die unabhängige Variable, die Ungleichheit der Einkommen, zumindest soweit sie über das Existenzminimum hinausgehen, ist dabei kaum skandalisiert. Die Einkommens-Ungleichheit wird nicht nur erklärt, sondern häufig auch mit verschiedenen Funktionen begründet. Dagegen findet sich in der Literatur so gut wie keine einzige Position, die es unternähme, die ungleiche Versorgung mit notwendigen medizinischen und pflegerischen Gütern bei unterschiedlich begüterten Kranken zu rechtfertigen. Im Gegenteil, daß Ärzte behandlungsbedürftige Kranke unabhängig von ihrem Einkommen, ja unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit zu behandeln haben, gehört zu den ältesten Selbstverständlichkeiten und findet sich schon in der hypokratischen Schule, die sich ansonsten bekanntlich als Vereinigung zur Monopolisierung von Erwerbschancen verstand und eine öffentliche Wissenschaft als Verrat von Berufsgeheimnissen verfolgte.

Der Grundsatz »jedem nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seinen Fähigkeiten« ist außerhalb der Familie nirgends so selbstverständlich wie in der Krankenversorgung. Daß jeder Patient allein nach seinen Bedürfnissen zu be-

handeln sei, aber nach seinen finanziellen Fähigkeiten Pflegende und Ärzte zu bezahlen habe, ist unbestrittene Norm bis in die tragischen Wahlen der Transplantations- und Katastrophenmedizin. Selbst wenn, wie bei Katastrophen, zeitweise knappe Ressourcen zu einem Ausschluß Kranker von der medizinisch notwendigen Versorgung und damit zu einer Wahl zwischen zu behandelnden und (zunächst oder endgültig) nicht zu behandelnden Kranken zwingen: In der umfangreichen Literatur (vgl. Winslow 1982; Nagy 1984) zu dieser sogenannten »Triage« findet sich so gut wie nie ein Vorschlag, der bei anderen Dienstleistungen selbstverständlich wäre – nämlich diejenigen zuerst zu behandeln, die dafür das höchste Honorar oder überhaupt ein Honorar bieten. Verhältnismäßig selten werden die dennoch unvermeidbaren Verteilungsentscheidungen mit nicht medizinischen Kriterien begründet (wie »sozialer Wert« oder Unabkömmlichkeit einer Person für wichtige gesellschaftliche Funktionen). In der Regel wird die Wahl in die ärztlich-medizinische Interpretation der Bedürftigkeit (»Indikation«) verlagert und damit für die Öffentlichkeit versteckt. Das haben in Großbritannien Aaron/Schwarz 1984 und Halper 1989 für »Dialysebedürftige« gezeigt. Auch in Deutschland ließ sich an einer Rehabilitationsklinik und einem Rehabilitandenpanel schon bei einfachen rehaärztlichen Empfehlungen und Maßnahmen zum Tätigkeitswechsel zeigen (vgl. Behrens 1994b): Die Differenz zwischen Bedarf und Versorgungschance wird nicht durch Anpassung der Versorgung an den Bedarf, sondern umgekehrt der Bedarfsfeststellung an die Versorgungschance aufgehoben. Insofern ist die Luhmannsche Erwartung bzw. Empfehlung, daß bei der Entscheidung des rational kaum Entscheidbaren »eben Politik einspringen muß« (Luhmann 1993: 168 f.), unrealistisch: Welcher Politiker würde sich soweit aus dem Fenster hängen? Viel realistischer ist, daß sie derartige Entscheidungen an das wissenschaftliche Ermessen einer Profession delegieren (vgl. ausführlich Behrens 1994b: 36).

Aber alle diese Interpretationsübungen bei Knappheit medizinischer Güter belegen nur, daß die Basisnorm der Gleichbehandlung Gleichbedürftiger offenbar als Norm nicht zur Diskussion gestellt wird – selbst wo ihr faktisch nicht entsprochen wird.

Dieses »Anrecht« auf gleiche Behandlung Gleichbedürftiger ist – im Krankheitsfall – weit älter als alle Wohlfahrtsstaaten, weit älter als das Recht auf gleiche Bildungschancen. Während T.H. Marshall's Unterscheidung zwischen zivilen, politischen und sozialen Komponenten der Bürgerrechte (vgl. Marshall 1964: 78) in der Regel als zeitliche Abfolge verstanden wird, geht im Krankheitsfall der soziale Anspruch auf Teilhabe an der Versorgung den zivilen und politischen Rechten voraus. Er leuchtet gewissermaßen aus der Ver-

gangenheit den Sozialstaaten heim. Deswegen gilt er auch prinzipiell in Staaten, in denen sich, wie für die USA häufig behauptet, der Zentralstaat erst spät oder nur rudimentär zum Sozialstaat entwickelte (ausführlicher Behrens u.a. 1996), und in extremen Entscheidungsdilemmata, wie der Triage. Der Unterschied zwischen den beiden Typen individualisierender Staaten, dem kanadischen, deutschen, skandinavischen, französischen, niederländischen usw. Sozialstaaten und dem US-Staat ist »nur«, daß dieser die Forderung »jedem nach seinen Bedürfnissen« eher an die professionelle Moral der einzelnen Ärztinnen und Ärzte ausliefert als die erstgenannten, die den ärztlichen Diensten bei der Einlösung dieser ubiquitären Forderung mit Versicherungen unter die Arme greifen. Das Bedürfnis-Prinzip selbst ist auch in den USA als Norm (wenn auch nicht faktisch) ganz unstrittig.

Zweifellos besteht ein gradueller Unterschied zwischen der Institutionalisierung von Krankheit und Armut: Überbrückung von Krankheit ist selbstverständlicher als die von Armut. Verglichen mit dem Konstrukt Krankheit ist Armut weit weniger durch ein professionelles Bescheinigungswesen der »Handlungsunfähigkeit bei Handlungswillen« geschützt. Ärzte können nicht nur besser als alle anderen Menschen unterstützungswürdiges Kranksein von sanktionswürdiger Unlust unterscheiden. Sie allein haben auch das Recht dazu. Zu dieser doppelten, sowohl kognitiven wie rechtlichen Kompetenz trug seit dem 19. Jahrhundert das medizinische Programm bei, Krankheit von Armut zu trennen (vgl. Jakob Henle zitiert bei Rotschuh 1978: 422) – auf dessen Scheitern nach 150 Jahren im nächsten Abschnitt zurückzukommen ist. Aber die unterschiedlich geschlossene diagnostische Abgrenzung ändert nichts daran, daß sich die Funktion der Überbrückung bei Gefährdungen selbständiger Lebensführung genau parallel für Krankheit und Armut diskutieren läßt. Bevor ich auf die mangelnde medizinische Abgrenzbarkeit von Kranksein eingehe, ist daher die Überbrückungsthese bei Armut zu resümieren.

3.2 Überbrückung von Armut

Die Überbrückungsthese wurde parallel für Armut wie für Krankheit entwickelt (vgl. Behrens 1987 und Leibfried/Behrens 1987; Hübinger et al 1987; vgl. Leibfried/Leisering u.a. 1995). Anrecht auf Hilfe zum Lebensunterhalt sei keine Eigenschaft einer stabilen Armutsbevölkerung, sondern, so unsere These Mitte der Achtziger Jahre, für viele Menschen eine Phase im Leben. Sozialhilfe sei Überbrückung der Gefährdung selbständiger Lebensführung, indem sie von der Abhängigkeit vom bloßen Wohlwollen bewahrt. Diese These bezog sich keineswegs nur auf die Überbrückung so trivialer, direkt durch sozial-

staatliche Regelungen mitveranlaßter Umstände wie Warten auf Leistungen vorrangig verpflichteter Träger, z.B. des Arbeitsamts, Kompensation unzureichenden Kindergeldes oder, bei Asylbewerbern, Warten auf ein Ende des Arbeitsverbotes. Vielmehr standen als »Beispiele für die Autonomie verbürgende Bedeutung von Sozialhilfe« vor Augen »die Mutter, für die die Alternative Sozialhilfe die Abhängigkeit von einem sie erniedrigenden und beleidigenden Ehemann reduziert [solche Formulierungen gingen mir natürlich heute nicht mehr so leicht über die Lippen], der Akademiker, für den Sozialhilfe eine Zeit der Arbeitslosigkeit überbrückt, auch der Rentner oder die Rentnerin – für die Sozialhilfe, wenn sie nicht als Kränkung empfunden wird, eine zu geringe Rente aufstockt«, oder der überschuldete Konsument oder Selbständige (Behrens 1987; Leibfried/Behrens 1987: 801-861, hier 815). Daher wurde der Bezug von Sozialhilfe keinesfalls auf eine Armutsschicht begrenzt erwartet. Vielmehr rage er temporär transitorisch weit in die sogenannte Mittelschicht hinein, deren Äquivalenzeinkommen längerfristig bis 75% des Durchschnittseinkommens betrug oder sogar darüber lag, z.B. bei der Kompensation unzureichenden Kindergeldes oder unzureichender Absicherung der Monate nach und unmittelbar vor der Geburt. In dieser Überbrückungs-Funktion sei Sozialhilfe vielfältig nutzbar und werde genutzt als Mittel nur handlungstheoretisch faßbarer biographischer Planung, wobei amtliche Problemwahrnehmung und individuelle Problemsicht nicht notwendig übereinstimmen müßten. Diese individuellen Problemsichten sollten sich nach sozialen Kreisen unterscheiden. Bei ihrer Vielfalt ließ sich an Simmels Unterscheidungen zwischen Armut und »arm sein« anknüpfen, bei ihrer Interpretation als Teilhabe an mittelalterliche Vorstellungen von Armut als rechtlichem Ausschluß von wesentlicher Teilhabe. Armut, so ließ sich an Simmel anknüpfen, ist eine Beziehung, in der jemand in beengten Verhältnissen wesentlich durch seine anerkannte Unterstützungsbedürftigkeit definiert ist (master status arm). Diese anerkannte Unterstützungsbedürftigkeit läßt sich aber vom Unterstützungsempfänger in den unterschiedlichsten, milieuspezifischen Horizonten deutlich nutzen (im Beispiel: als Existenzgründungsbeihilfe, als Rentenaufstockung, als Familienlastenausgleich usw.), wodurch die Empfänger ihren master status gerade nicht durch Armut, sondern durch Ruhestand, Existenzgründung oder Kindererziehung definieren und aktiv in ihre coping-Strategien einbeziehen. Arm sein dagegen sei »arm dran sein«, die milieuspezifisch variierende Beurteilung des Lebens als elend. Da soziale Kreise sich in ihrem Verständnis von elend finden, seien diese Armutsgrenzen milieuspezifisch: Jedes Milieu, oder besser jeder Kreis, habe seine eigenen Definitionen von Armutsgrenzen.

In der Überbrückung temporärer Gefährdungen der Selbständigkeit sollten sich also Zeiten der Armut und Zeiten der Krankheit ähneln. Es war für beide zu fragen, unter welchen Bedingungen die Überbrückung, also eine Rückkehr zur jeweiligen Normalität der Erwerbsarbeit und Selbstversorgung, gelingt oder Kranksein und Armut sich chronifizieren. Dieser Gedankengang war keineswegs soziologisch-exotisch, sondern er entspricht dem § 1 Abs. 2 Sozialhilfegesetz: »Die Hilfe soll [die EmpfängerInnen – d.V.] soweit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; hierbei muß er nach Kräften mitwirken.«

Drei Ergebnisse der seit 1988 laufenden Untersuchung, die Monika Ludwig, Petra Buhr, Lutz Leisering, Michael Zwick, Eva Mädje und viele andere durchführten, möchte ich hier als zumindest halbe Bestätigung der Ausgangsthesen aufgreifen. Erstens: Knapp 50% aller Bremer Bürger, die 1983 *neu* Sozialhilfe beantragten (und insofern repräsentativ für Verläufe, nicht aber für den Bestand von Sozialhilfeempfängern sind), hatten den Sozialhilfebezug nach weniger als einem Jahr wieder beendet und waren in den folgenden vier Jahren nicht wieder als Sozialhilfeempfänger in Erscheinung getreten. Andererseits wurden 40% zwischen 1983 und 1989 wiederholt Sozialhilfeempfänger, und 10% haben kontinuierlich über diesen gesamten Zeitraum Sozialhilfe bezogen (vgl. Buhr 1994: 225)

Zweitens: Die These bestätigte sich, daß amtliche Problemindikatoren (z.B. Dauer des Bezugs) und subjektive Belastung der Bezieher keineswegs übereinstimmen müssen, sondern – wie bei Krankheit – von der biographischen Orientierung der Bezieher abhängen. Denn auch Kurzbezug von Sozialhilfe kann, wie Petra Buhr (1994: 223) gezeigt hat, sehr belastend und beschämend sein, wenn er zentrale Lebensziele nicht mehr erreichbar sein läßt oder wenn er mit der eigenen Vorstellung eines gelungenen Lebens im Widerspruch steht. Diese Bezieher machen häufig eine psychische Krise durch und bedürfen besonderer Unterstützung. Umgekehrt kann Langzeitbezug als Freiraum erfahren werden, weil er hilft, die Wohnung zu erhalten, Kinder zu versorgen, eine berufliche Umorientierung abzustützen. Nicht die Dauer des Bezugs, sondern die Kumulation gesundheitlicher Krisen, schlechter Wohnverhältnisse, auffälliger Stigmata und Resignation führt in die Segregation. Bezug von Sozialhilfe ist für die Empfänger unproblematischer, wenn als vorübergehend wahrgenommen, das zeigte sich im Westen wie im Osten Deutschlands. Ob die zentralen Lebensziele, an denen Elend (analog Simmel) meßbar wird, nicht nur individuell, sondern auch deutlich nach sozialen Kreisen oder Milieus variieren, ist weiterhin zu vermuten; für die Prüfung dieser These sind größere Fallzahlen erforderlich.

4. Überbrückung und Abgrenzbarkeit von Krankheit gegenüber Armut

4.1 *Das Programm der Abgrenzbarkeit*

So scheint die Abgrenzbarkeit des durch die »krank-gesund«-Differenz umhегten Versorgungssystems und des durch die »arm – nicht arm«-Differenz geschützten Versorgungssystems für die Überbrückbarkeit von Krisen der Autonomie, für die moralische Ökonomie sozialstaatlich verfaßter Gesellschaften und damit die wechselseitige Unterstellbarkeit rationalen und zurechenbaren Handelns notwendig. Aber so notwendig sie scheint, so schwer läßt sie sich bereits für die Differenz »krank – nicht krank« halten. Sie läßt sich begrifflich bis in die Diagnostik hinein nicht mehr halten. Und sie wirft von ihren gesundheitsgefährdenden Anreizwirkungen her, von ihrem mangelnden Effekt auf die Ungleichheit vor Krankheit und Tod Zweifel auf. Damit kommt ein Ausdifferenzierungs-Programm an sein Ende. Seit dem 19. Jahrhundert war es ein medizinisches Programm geworden, Kranksein von Armsein zu trennen. Es schien auch lange so, als trüge diese Hoffnung nicht. Heute, mit dem Vorherrschen chronischer Erkrankungen mit unspezifischen Ursachen und vom sozialen Umfeld abhängigen Folgen und Begleiterscheinungen, teilt selbst in der Genforschung niemand mehr diese Hoffnung auf die Ausdifferenzierung der Heilkunde:

4.2 *Kaum Einfluß der Versorgung auf die Ungleichheit vor Krankheit und Tod*

Den ersten Hinweis auf die nicht haltbare Abgrenzbarkeit des medizinischen Systems gaben Untersuchungen der Ungleichheit vor Krankheit und Tod: Trotz der sehr hohen Investitionen insbesondere in die hochtechnologischen Systeme der Krankenversorgung ging die einkommensabhängige Ungleichheit bei Krankheit und Tod, mit der die allen gleich zugängliche Versorgung einst begründet war, offenbar in den letzten Jahrzehnten nicht wesentlich zurück (vgl. Evans 1995; Hart 1993; für Deutschland Weber 1994). Dieser mangelnde Rückgang der Ungleichheit vor Krankheit und Tod läßt vor allem zwei konkurrierende Schlußfolgerungen zu. Die eine Schlußfolgerung führt das Fortbestehen der Ungleichheit auf versteckte Ungleichheiten der Versorgung zurück. Damit bewahrt sie die Vorstellung, daß ein Ausbau insbesondere der hochtechnischen medizinischen und pflegerischen Versorgung die Ungleich-

heit bei Krankheit und Tod verringert. Trotz allen zweifellos vorhandenen Versorgungsungleichheiten ist diese Schlußfolgerung aber nicht mehr allgemein plausibel. Sie ist eher plausibel in Ländern mit bekannt schlechterer medizinischer Versorgung der Armen, wie besonders kraß den USA (vgl. Schlesinger 1996). Sie ist weniger plausibel in Ländern, in denen fast die gesamte Bevölkerung in Sicherungssysteme einbezogen ist, die die Entgeltung des medizinisch Notwendigen von Rechts wegen garantieren, z.B. in Kanada oder Deutschland. Dann bleibt aber als Schlußfolgerung nur die Einsicht übrig: Der Einfluß medizinischer und pflegerischer Versorgung auf die ungleiche Betroffenheit von Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Tod ist ziemlich gering. Andere Einflußfaktoren – die ungleiche Wohnumwelt, die ungleichen Arbeitsbedingungen, die ungleichen Ressourcen und Gewohnheiten der Lebensführung – sind für Entstehung und Heilung oder »coping« von Krankheiten unverhältnismäßig relevanter als hochtechnologische Akut-Medizin. Selbst Lebensstiländerungen (nicht zu rauchen, Ernährungsänderung) wirken je nach sonstigen Lebensbedingungen unterschiedlich. Für Blaxter und Kollegen (1990: 113 ff., 203 ff.) zeigte ihr »Health and Lifestyle Survey« nicht nur, daß die Wahl der genannten Verhaltensänderungen stark vom Einkommen und Bildung abhängen, von ökonomischen und sozialen Kapital. Wichtiger ist ihre – wenn auch nur im Querschnitt gewonnene – Beobachtung, daß auch die Wirkung der Verhaltensänderungen auf die Mortalitätsrisiken stark nach Einkommen, Erwerbsarbeit und Bildung variieren: Bei schwerer körperlicher Arbeit reduziert Nichtrauchen das Risiko für Männer, früh zu sterben, weniger als bei körperlich leichter Arbeit. Man kann sagen, daß Nichtrauchen lohnt sich für die körperlich schwer arbeitenden Männer weniger als für die leicht arbeitenden. Dasselbe wurde bei richtiger Ernährung noch krasser deutlich: Bei Frauen der »manual class« verringerte eine bessere, also weniger fett-, zucker- und kochsalzhaltige Ernährung das Erkrankungsrisiko überhaupt nicht, wohl aber bei den Frauen der »non manual class«. Solche Ergebnisse lassen sogenannte Interaktionseffekte vermuten, d.h. die gemessenen Variablen interagieren mit den nicht gemessenen – z.B. Arbeitsbedingungen – in einer Weise, die ihre Wirkung völlig verändert. Möglicherweise reichen Ihnen solche Argumentationen auf dem Niveau hoch aggregierter Daten nicht aus.

Einen direkteren, eher vor ökologischen Fehlschlüssen gefeiten Test der Überbrückungsthese an individuellen Verläufen nach Arbeitsunfähigkeit wurde in einer prospektiven Untersuchung der Versicherten einer Ortskrankenkasse durchgeführt. Ob Überbrückung von Arbeitsunfähigkeit gelingt oder sie zur Statuspassage in Arbeitslosigkeit wird, ist als Kriterium für die Charakterisierung von sozialpolitischen Institutionen besser geeignet als jede Auf-

zählung von Versorgungsinstitutionen. Sie mißt die Wirkung dieser Institutionen in ihrem Wechselverhältnis zu Arbeitsmarkt-Lagen. Das Ergebnis (vgl. ausführlicher Behrens, Arrow u.a. 1992) läßt sich so zusammenfassen, daß Arbeitsunfähigkeit nach diesem Kriterium in vielen Fällen überbrückt wird, in charakteristischen Fällen, z.B. für über 40 Jahre alte Arbeitgeberwechsler, aber nicht. Dies Ergebnis widerlegt die sogenannte Selektionsthese, wonach Arbeitsunfähigkeit das Risiko der Arbeitslosigkeit generell erhöhe, und stützt die viel dramatischere These der sozial ungleichen Betroffenheit von Krankheitsfolgen.

4.3 Diagnose-Entwicklungen

Selbst in der Diagnostik untergraben zwei Entwicklungen die Abgrenzbarkeit von Kranksein, Armut und Gesundheit.

4.3.1 *krank, gesund, at risk*

Verlaufsforchung hat die für die Abgrenzung des Systems medizinischer Versorgung entscheidende Dichotomie »krank – gesund« durch einen dritten Status »at risk« erweitert. Durch Verlaufsforchung erhöht sich das Wissen, mit welchen Wahrscheinlichkeiten eine Gruppe von Merkmalsträgern eine zukünftige Erkrankung trifft, verringert sich »Schicksal«. Obwohl in der Regel eine viel größere Zahl von Menschen »at risk« ist als tatsächlich erkrankt, fördert die Kategorie »at risk« doch das alte Mißverständnis, schlechte Risiken seien tunlichst von der Solidarität auszuschließen. Eine bestimmte Form der Solidarität, das »Einer für Alle und Alle für Einen« der Versicherung, wird dadurch ausgehöhlt: zumindest, soweit sie auf der Annahme der Solidarischen beruht, daß ein Unglück jeden treffen könne. Je mehr der Rortysche Schleier des Unwissens, wen es trifft, gelüftet wird oder gelüftet zu werden scheint, um so weniger leicht sind schlechte Risiken versicherbar.

4.3.2 *Krankheitsfolgen, die gar keine Krankheitsfolgen sind (ICIDH)*

Viel weiter geht eine zweite Entwicklung in der Diagnostik: Zum Bestandteil der Diagnose werden Beeinträchtigungen als sogenannte Krankheitsfolgen, die aber streng genommen gar keine Krankheitsfolgen sind: Die »Internatio-

nale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH)«, die z.B. der Medizinische Dienst der Krankenkassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit heranzieht (vgl. ICIDH/Mathesius et al. 1994) beschreibt Beeinträchtigungen in der sozialen Teilhabe (»Handicaps«) als »Folgeerscheinungen der Erkrankungen« (ICIDH 1994, Untertitel). Soziale Beeinträchtigungen (»Handicaps«) werden als Folge psychophysischer Schädigungen (»Impairments«) thematisiert (vgl. ICIDH/Matthesius et al. 1994). Aber der Zusammenhang von impairments und disabilities einerseits, handicaps andererseits erscheint so locker, daß von »Folgen« kaum noch die Rede sein kann: Je nach ihrer Umwelt haben zwei Personen mit identischen körperlichen Schädigungen (impairments, extremes Beispiel: Querschnittslähmung, Diabetes) und Fähigkeitsstörungen (disabilities) ganz unterschiedliche Beeinträchtigungen (handicaps) zu gewärtigen. Handicaps, Ausschlüsse also, Krankheit und Behinderung meinen gar keine psychisch-physischen Eigenschaften von Personen mehr, sondern mindestens genauso sehr Eigenschaften der Umwelt von Personen, genaugenommen die Reaktionen der Umwelt auf Personen – ein Passungsverhältnis.

Damit sind Gesundheit, Kranksein und Behinderung rein organmedizinisch gar nicht mehr faßbar. Der Begriff der »relativen Gesundheit« spricht die »Person-Umwelt-Passung« einfacher und weniger mißverständlich an als der Begriff der »Krankheitsfolgen«. Organmedizinischer Befund und Einschränkung von Lebensvollzügen stimmen keineswegs überein. Im Alltag (vgl. Gadamer 1993: 50-64, 133-148) wird »Gesundheit« eher an Teilhabefähigkeit bei jeweils als normal angesehenen Lebensvollzügen gemessen (von kommunikativ unterstellten Interaktionsfähigkeiten wie Zurechnungsfähigkeit über Geschäftsfähigkeit bis zur üblichen Berufstätigkeit) als an medizinischen Befunden.

Im Begriff der Teilhabe kommen Armutsdiskurs und Gesundheitsdiskurs zusammen. Die soziologische Diskussion sozialer Ausschlüsse wird einschlägig. In ihr steht eine Selektionsthese einer Theorie der Teilhaberechte gegenüber. Die Selektionsthese erklärt Ausschlüsse mit Eigenschaften der Ausgeschlossenen. Das Konzept der Teilhaberechte erklärt Ausschlüsse mit verweigerten Teilhabechancen. Behinderungen sind nicht auf Behinderte, sondern auf behindernde Bedingungen und Behinderer zurückzuführen, die auch ein »impairment« erst zur Behinderung machen. Das Konzept der Teilhaberechte – wieder aufgenommen von Marshall und Sen – ist in der Armutsdiskussion älter als das der Einkommensarmut. Über Jahrhunderte galt als arm nicht, wer wenig Güter hatte, sondern wer von Rechten ausgeschlossen war. Armut graduell zu messen, am Äquivalenzeinkommen, ist nur unter be-

stimmten Bedingungen sinnvoll. Es ist vor allem dann sinnvoll, wenn der Zusammenhang von Einkommen und Teilhabemöglichkeiten als bekannt vorausgesetzt werden kann.

Das Konzept der relativen Gesundheit macht auch beschreibbar, wann die Abgrenzung von Versorgungssystemen selber pathogene Anreizstrukturen setzt.

4.4 Pathogene Anreizstruktur abgegrenzter Versorgungssysteme

Die Abgrenzung eines Versorgungssystems kann unerwünschte Nebenwirkungen bei nahezu allen anderen Systemen auslösen, insbesondere dann, wenn sie die falsche Anreizstruktur setzt. Ein frappierendes Beispiel dafür ist die Erwerbsunfähigkeit.

Erwerbsunfähigkeit ist offenbar nur ausnahmsweise durch organische Schädigungen (impairments) determiniert. Sie ist vielmehr ein typischer Fall des eben diskutierten Teilhabeausschlusses, eine Beeinträchtigung (handicap), die von der Art der sehr unterschiedlichen Arbeitsplätze abhängt. Als Relation zu erreichbaren Arbeitsplätzen zeigt Erwerbsfähigkeit in der Mehrzahl der Fälle nichts anderes an als den versäumten rechtzeitigen Wechsel auf einen angemessenen Arbeitsplatz. Solche angemessenen Arbeitsplätze mögen häufig körperlich weniger einseitig belasten, aber sie sind deshalb noch keineswegs geringer entlohnte Schonarbeitsplätze. Im Gegenteil sind es in der Regel die besser bezahlten, mit Verantwortung verbundenen Arbeitsplätze, die auch dann noch ausgefüllt werden können, wenn die körperliche Leistungsfähigkeit zurückgegangen ist. Wenn weder den ganzen Tag sehr schwere Gegenstände gehoben und getragen werden können, noch Nachtschicht oder kurzfristige Montagetätigkeit mehr möglich sind, reicht das körperliche Leistungsvermögen immer noch für z.B. anspruchsvolle Führungsaufgaben, die auch seltener mit (körperlichen!) Zwangshaltungen verbunden sind (für Beispiele vgl. Behrens 1994a und b).

Die wesentlichen Akteure dieser überbrückenden, in der Regel impliziten Lebenslaufpolitik sind nicht im Versorgungssystem zu finden. Der individuelle Verlauf, z.B. die »Rückkehr zur Arbeit« eines chronisch Kranken oder Rehabilitanden ist nicht allein durch »Leistungsfähigkeit« determiniert oder – in Begriffen der ICIDH – durch medizinisch feststellbare Schädigungen und Fähigkeitsstörungen. Kranksein ist keine notwendige Folge von Krankheit. Es sind nicht Zustände, sondern zwei Umweltinformationen verarbeitende Entscheidungsträger, die wesentlich über Verläufe bei Krankheit, z.B. die ge-

lingende Rückkehr zur Arbeit bestimmen: die unternehmerischen Entscheidungen über Angebot und Gestaltung von Arbeitsplätzen und die biographischen Orientierungen von chronisch Erkrankten oder Rehabilitanden. Unternehmen haben drei Strategien zur Auswahl, auf Wandlungen des Leistungsvermögens zu reagieren: Laufbahnen, Arbeitsplatzgestaltung und Externalisierung. Auf die Wahl zwischen diesen drei Strategien nimmt die Organisation der Sozialversicherung einen deutlichen Einfluß: Wenn die Kosten der Arbeitsplatz- und der Laufbahngestaltung das einzelne Unternehmen trägt, die Kosten der Arbeitslosigkeit und Frühberentung aber auf alle Versicherten umgelegt werden, wird ein rational handelndes Unternehmen nur mäßig in Arbeitsplatz- und Laufbahngestaltung investieren. Im Gegenteil ergibt sich geradezu ein Anreiz, sich auf die Externalisierung Geschädigter über die Frühberentung, insbesondere die Erwerbsunfähigkeits-Berentung zu verlassen – statt die Abfolge von Tätigkeiten im Lebenslauf so zu gestalten, daß eine zuträgliche Tätigkeit bis ins gesetzliche Rentenalter möglich wird.

Pathogene Wirkungen zeigen sich auch bei den Orientierungsschwierigkeiten von relativ Kranken. Unüberschaubarkeit betrieblicher und sozialpolitischer Chancen und Anforderungen tragen zur Entmutigung von Rehabilitanden, zur »Sozialisierung in die Invalidität« (vgl. Behrens 1994a) bei. In wiederholten biographischen Interviews mit Rehabilitanden – bei denen die Statuspassage in eine andere Erwerbstätigkeit Voraussetzung dafür war, überhaupt erwerbstätig zu bleiben – beeindruckte, daß bei über der Hälfte der Befragten zwei unvereinbare normalisierte Biographiemuster über Jahre konkurrierten, nämlich die Rehabilitation in stabile Erwerbstätigkeit und die Habilitation, die Einbürgerung in die Rentner-Existenz. Die Rehabilitanden sahen sich jahrelang zwei entgegengesetzten Erwartungen ausgesetzt, nämlich sich für die EU-Rente als gesundheitlich nicht mehr erwerbsfähig und für den Arbeitsmarkt als gesundheitlich leistungsfähig darstellen zu sollen. Keine der beiden normalbiographischen Status kann als deviant, als Abweichung der anderen gelten. Wenn der Begriff der Abweichung hier überhaupt fruchtbar ist, dann für die Situation, keiner von beiden Normalbiographien genügen zu können. Die Subjekte wissen nicht nur nicht, durch welche Alternativenwahl sie ihren Nutzen maximieren können, sie wissen vor allem nicht, welches Ziel sie anstreben. Das Parsonsche Angebot zur Revieraufteilung zwischen Soziologie und Ökonomie, das jene für Ziele und Normen, diese für die Optimierung der Alternativenwahl bei gegebenen Zielen zuständig sei, ist hier nicht realisierbar. Hier bestätigt sich auch die These, daß die soziologischen Auffassung der einen Normalbiographie mit ihren Abweichungen unhaltbar ist. Vielmehr zeichnen sich gerade sozialpolitische Einrichtungen (und auch Be-

triebe) dadurch aus, daß sie nicht nur eine Normalbiographie, sondern unterschiedliche als Rahmen der Selbstinterpretation den Akteuren vorsortieren.

Die angeführten krankmachenden Folgen der Abgrenzung des Versorgungssystems – die Anreize für Betriebe zum moral hazard bei der Arbeitsgestaltung, der Vorrang hochtechnologischer Kuration vor Prävention, der Sozialisation in die Invalidität bei potentiell relativ Gesunden – sind für die Abgrenzbarkeit der Systeme besonders relevant. Abgrenzung belastet hier nämlich auch die, die durch sie geschützt sein sollen. Am Anfang des Vortrags stand die These, daß zwei Entwicklungen soziologischen Wissens, die Verlaufsforschung und die handlungstheoretisch orientierte Coping-Forschung, die beiden Funktionen der Gesundheits- und Sozialpolitik ganz unterschiedlich treffen. Nach außen, für die moralische Ökonomie von Gesellschaften mit Sozialstaaten, für Schutz- und Überbrückungsfunktionen der Gesundheits- und der anderen in ihrem Windschatten vorankommenden Sozialpolitiken ist es einfacher, wenn ihre medizinischen, psychologischen und sozialpädagogischen Gutachter hinter den aktuellen Stand des Wissens eher auf erleidenstheoretische statt handlungstheoretische und fall- statt verlaufsbezogene Sichtweisen zurückfallen, um die Abgrenzbarkeit der Versorgungssysteme zu sichern. Nach innen, für die Selbstheilungs- und Rehabilitationsinteressen ihrer Klienten ist es hingegen angemessener, wenn die sozialpolitischen Institutionen handlungstheoretisch und verlaufsbezogen orientiert sind. Einige der hier nur skizzierten Argumente sprechen dafür, die Kosten und Nebenwirkungen der ersten Strategie nicht gering zu schätzen. Die zweite stellt allerdings einige Anforderungen an die Reife aufgeklärter Solidarität.

Dieser hier stark gekürzte Vortrag hat mit der Frage begonnen, ob Individualisierung mit Deinstitutionalisierung einherging. Die Antwort ist natürlich nein. Individualisierung ist nicht die Auflösung, sondern die Anforderung von indirekt wirkenden Institutionen. Zu ihnen gehört nicht nur der (Arbeits-)Markt. Gerade die unterschiedlichen Lebenslaufpolitiken der Chancenvermittlung durch Bildung, der Alterssicherung, vor allem der Überbrückung von Krankheit und Armut sichern die Unterstellbarkeit individueller Selbstverantwortung. Diese Entwicklungen sind zum entscheidenden Teil erst nach dem 2. Weltkrieg eingetreten. Die durch den Arbeitsmarkt erzwungene Individualisierung der Erwerbspersonen wurde durch Sozialpolitik nicht eingeschränkt, sondern abgesichert und bis zu den nicht Erwerbstätigen verbreitet. Für die Unterstellbarkeit individueller Selbstverantwortung entscheidend ist die Überbrückung von »Krankheit« und »Armut«, sofern sie die beiden zentralen moralischen Ökonomien »Jedem nach seinen Bedürfnissen« und »Jedem nach seiner Leistung« miteinander vermittelt.

Anmerkung

- 1 Literatur und Anmerkungen sind aus Platzgründen beim Verfasser erhältlich.